

In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



### Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucrative use.

Some articles are subject to the author's copyrights.

Our team does not own copyrights for some content we publish.

"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however, we are not able to contact all the authors.

If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: [facadm16@gmail.com](mailto:facadm16@gmail.com)

All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.

Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.



**Maladie****Conduite à tenir****Méningite à Méningo**

Hospitalisation , Prise de voie d'abord , Amoxicilline en dehors d'allergies

**TRT Curatif :**

<b>Amoxicilline</b> Adulte 8-12 g/j	4 INJ En IV	Pt 10 Jrs
Enfant 200-300 mg/kg/j	4 INJ En IV	Pt 10 Jrs
<b>Ampicilline</b> Adulte 8-12 g/j	4 INJ En IV	Pt 10 Jrs
Enfant 200-300 mg/kg/j	4 INJ En IV	Pt 10 Jrs
<b>Péni G</b> Adulte 8-12 g/j	4 INJ En IV	Pt 10 Jrs
Enfant 200-300 mg/kg/j	4 INJ En IV	Pt 10 Jrs

<b>Céfotaxime</b> Adulte 8-12 g/j en	4 INJ En IV	Pt 10 Jrs
Enfant 200 mg/kg/j	4 INJ En IV	Pt 10 Jrs

En cas d'allergies  
au B Lactamine

<b>Chloramphénicol</b> (En cas d'allergies au B Lactamine) Adulte 3g/j	3 INJ	Pt 10 Jrs
Enfant 75-100mg/kg/j	3 INJ	Pt 10 Jrs

**TRT Symptomatiques :**

**Corticoïdes** en courte durée , Repos au lit , Surveillance du : T°, Fr.res,Fr.card,Purpura,Pouls,Tension Art

**TRT Préventif :**

-Isolement des malades

-Déclaration obligatoire

-Prophylaxie de l'entourage ( <b>Spiramycine</b> ) Adulte (6million U/j)	En	2 prise oral	Pt 5 Jrs
Enfant (75mille U/kg/j)	En	2 prise oral	Pt 5 Jrs

-Dans une collectivité → Vaccination de la méningite **A,C,W135,Y**

**Méningite à Pneumo**

Hospitalisation, Prise de voie d'abord

**TRT Curatif :**

**Pas de signe de gravité , sans PSPP**

<b>Céfotaxime</b> Adulte (8-12)g/j en	4 INJ En IV D	Pt 15 à 21 jrs) Jrs
Enfant (300)mg/kg/j	4 INJ En IV D	Pt (15 à 21 jrs) Jrs
<b>Chloramphénicol</b> Adulte 4g/j	4 INJ En IV D	Pt (15 21) Jrs
Enfant 75-100mg/kg/j	4 INJ En IV D	Pt (15 à 21) Jrs

En cas d'allergies  
au B Lactamine

**-Si signe de gravité ou PSPP ou Au bout de 48-72- H , PL de contrôle :  
Si (les signes encéphaliques et la fièvre) persiste en rajoute :**

<b>Vancomycine</b> Adulte (2)g/j	3 INJ	Pt (15 à21) Jrs
(Avec C3G) Enfant 40 à 60mg/kg/j	3 INJ	Pt (15 à 21) Jrs

<b>Rifampicine</b> Adulte inf à 4g /jr	2 Prise Oral	Pt (15 à21) Jrs
(Avec C3G) Enfant 20mg/kg/j	2 orale	Pt (15 à 21) Jrs
<b>fosphomycine</b> 200 mg/kg/j	4 jr	pt (15 à 21) jrs

**TRT Symptomatiques :**

-Corticoïdes en courte durée **Dexamethasone 0.15 mg/kg tous les 6hrs pdt 4 jrs** ( méningo-encéphalite), Chirurgie ( brèche osteo-méningé , abcès, hydrocéphalie) ,Anti convulsif **Depakine** surtout le NRS, La surveillance de l'état de conscience, convulsifs, et trouble végétatif .

Faire PL : J1 J3 J15

**TRT Préventif :**

-TRT de la porte d'entrée ++++

-Vaccination pour les sujets prédisposé (Pneumo 23,Prévina) CI chez femme enceinte

**Meningite  
recidivante**

**1- trt de l'épisode**

**2- interoogatoire : splenectomisé – T C – d immunitaire – PE ORL – écoulements LCR**

**3- CLINIQUE : ORL**

**4- EXPLORATION : pour connaitre la cause de récidence : Radio d crane – tdm à coupe fine – IRM – transit isotonique LCR**

**5- Vaccination - chimio prophylaxie**

**PFLA**

**1- hspitalisation +/- selon CURB 35**

2- Amoxiciline 50 à 100 mg/kg/jr – 3g/jr **3\*j** **Orale** pdt 10 jrs

Si allergie : erythromycine : 50 mg/kg/jr – 2g/jr 10 jrs

3- TLT d contrôle : **10J**

## SBGN

### État septicémique

Hospitalisation , deux voies d'abord **Surveillance de T°, TA, FC , Diurèse**

**TRT Curatif** : (Double antibiothérapie) \*C3G+Aminoside\*

<b>Céfotaxime</b> Adulte (8-12)g/j	4 INJ En <b>IVD</b> ou <b>Perfusion</b>	Pt (4) Semaines
Enfant (200-300)mg/kg/j	4 INJ En <b>IV D</b>	Pt (4) Semaines
<b>Gentamycine</b> Adulte (160)mg/j	En <b>IV</b> ou <b>IM</b>	Pt (7-10) Jrs
Enfant (3-5)mg/kg/j	En <b>IV</b> ou <b>IM</b>	Pt (7-10) Jrs

Si allergie : **Fluoroquinolone** sauf femme enceinte et enfant -15ans

### AUTRES ATB utilisés :

En cas d'allergie + CI

<b>Fosphomycine</b> : adulte (12-16)g/j	4inj en IVD	pt (6)smn
Enfant (200mg/kg/jr)	4 inj en IVD	pt(6)smn
<b>Ciftriaxone</b> : adulte (2-4)g/j	4 inj en IVD	pt (6) smn
Enfant (75-100)mg/j	4inj en IVD	pt (6)smn
<b>Ciftodizine</b> adulte (8-12)g/j	4 inj en IVD	pt (6) smn
Si sup à 80 kg (12-16)	4inj en IVD	pt(6) smn
Enfant (200-300)mg/kg/j	4inj en IVD	pt (6) smn

### Autres mesures thérapeutiques

- Suppression de la porte d'entrée(ablation du corps étranger , materiels infecté , drainage- drainage des collections suppurées)
- TRT de la localisations secondaires
- Corrections des troubles hydrolytiques par remplissage vasculaires

### Choc Septique

Urgence thérapeutique extrême, Hospitalisation dans une unité de soins intense , Ventilation artificielle (contre hypoxie) , Remplissage vasculaire par les **crystalloides** et les **choloïdes** (contre hypovolémie) ,Drogues **tonicardiques** et **vaso-actives** ,culots globulaires si HB inf à **10g/dl** , hémodialyse **si IR**, Doubles antibiothérapie , **Corticothérapie**.

## Diphtérie

Hospitalisation , Isolement , Déclaration obligatoire , Prélèvement de gorge

**TRT Curatif** :

**Sérothérapie en urgence** : (2 à 5Mille) UI **quel que sit l'age**

Méthode de BESREDKA	<b>grave</b> (20 à 50 Mille) UI/Kg
	<b>maligne</b> (40 à 80 mille ) UI/kg

<b>Pénicilline G</b>	Adulte (6-8 Millions) UI/J	En <b>4 Perfusion</b>	Pt 15 Jrs
	Enfant (100 Mille) UI/Kg/J	En <b>4 Perfusion</b>	Pt 15 Jrs
<b>Amoxicilline</b>	Adulte (1g) g/J	En <b>3 Perfusion</b>	Pt 15 Jrs
	Enfant (100 mg) Kg/J	En <b>3Perfusion</b>	Pt 15 Jrs

En cas d'allergies au B Lactamine

<b>Érythromycine</b>	Adulte 2g/J	Pt 15 Jrs
	Enfant 50mg/Kg/j	Pt 15 Jrs

### TRT Symptomatiques

**Corticothérapie** , **Oxygénothérapie** , **Trachéotomie** , **Repos au lit plusieurs Jrs.**

### TRT Préventif

Vaccination juste ares la guérison

J1 - J3 - J1

### Sujet de contact :

Dépistage et trt des porteurs sains (prelevement de gorge) – ATB : Extencilline selon Age – si allergie : pénicilline

Vaccination anti diphtérique chez les sujets non vaccinés – sup à 1 année : rappels

### Prevention collective :

Selon le calandrie vaccinal algerien

**Leptospirose****TRT Curatif**

si précoce, il est + efficace ===== diminuer la durée et l'intensité du tableau

- <b>Amoxicilline</b>	100mg /kg /j	En IV	Pt (07 à 10) Jrs
- <b>ciftriaxone</b>	1g/j	perfusion lente	pt (07 à 10) jrs
- <b>Pénicilline G</b>	6 à 10M UI /j	perfusion lente	pt (07 à 10) jrs

**Si trt sans IRA en 3 premiers jrs : On rajoute :**

**Doxycycline** 200mg/j pt (7) jrs

Forme non sévère : doxycycline + amoxicilline

Forme sévère : ceftiaxone + peni G + amoxicilline

**TRT Symptomatique :**

- **Épuration extra renale** : IRA – Rhabdomyolyse sévère
- **Ventilation mécanique** : si défaillance ventilatoire – hémorragie intra alvéolaire – SDRA
- **Transfusion** : plasma frais congelé – culots globulaires et concentré globulaires si hémorragie massive
- **Drogue vaso-actif** : choc cardio-vasculaire

**TRT Prophylactiques****Déclaration obligatoire**

- Mesures collective** :
- Dératisation ++++ des entreprises exposées
  - protéger les plaies du contact avec l'eau+ laver et désinfecter immédiatement
  - Hygiène

- Mesures individuels** :
- Porte des vêtements protecteurs en milieu professionnels
  - Chimio prophylaxie (doxycycline 200 mg 1 smn per os)
  - Vaccination pour les professions à risque (vaccin inactivé **Spiroleft**)

**Brucellose****TRT Curatif****Bithérapie**

**Brucellose Septicémique aiguë** : hospitalisation la femme enceinte et ID

**Doxycycline 200 mg/j pers os 2\*j(45jrs) + Gentamycine 3mg/kg/j 2\*jr IM(10 J)**

**Doxycycline + Rifampicine 900 mg/j 2\*j per os(45jrs)**

**Doxycycline + streptomycine (21jrs) 1g /j IM**

**Cotrimoxazole 1920mg/j + Rifampicine (45 jrs per os)**

**Brucellose focalisée**

**Doxycycline + Rifampicine (3 Mois) (Ostéo-articulaire)**

**cotrimoxazole + Rifampicine (3-) + aminoside pdt 15jr +/- chirurgie si nécessaire (Neuro-méningé)**

**Doxycycline + Rifampicine (3mois) + aminoside 15 jrs**

Cas particulier **Enfant < 8 ans Rifampicine (3-6 Sem) 25mg/jr+ amoxicilline 50mg/kg/j (3-6 Sem)**  
(selon OMS on remplace amoxi par Cotrimoxazole)

**Brucellose chronique**

**Foyer : Doxycycline + Rifampicine 3mois +/- chirurgie**

**pas de foyer : Désensibilisation à la mëlétine**

**TRT preventif :**

- **Declaration obligatoire**
- **Enquete epidemiologique**
- **Abattage des animaux malades**
- **Vaccination des troupeaux**
- **Controles des produits laitiers**
- **Education sanitaire**

Trt curatif

Trt preventif

## Tétanos

Le traitement spécifique :

La sérothérapie curative

IM à la dose de 500 UI.

La vaccination : l'anatoxine tétanique

- Le traitement de la porte d'entrée

➤ **PENICILLINE G** : 4 millions UI / j en IV lente pendant 5 à 7 jours

➤ **METRONIDAZOLE** : 1,5 gr / j.

traitement symptomatique

-isolement sensoriel à l'abri du bruit et de la lumière

-Interdiction de toute alimentation orale, la sonde gastrique sera réalisée sous sédation pour assurer un apport nutritionnel.

- Rééquilibrage hydro-électrolytique.

L'héparinothérapie à dose préventive est de règle

-La rétention urinaire impose la mise en place d'une sonde vésicale.

- La trachéotomie avec ventilation assistée est préférée à l'intubation naso-trachéale surtout dans les formes sévères.

- Le traitement myorelaxant est l'un des principaux axes de la prise en charge du tétanos

➤ **BENZODIAZEPINES** : LE DIAZEPAM : 3 à 10 mg /kg /j en perfusion en fonction de la sévérité de l'affection .L'assistance respiratoire est systématique dès que la posologie dépasse 4 mg/ kg /j.

Le passage à la voie orale se fera dès la reprise de l'alimentation entérale.

➤ **BARBITURIQUES** : PHENOBARBITAL 0.4 à 0.8 gr / j associé les 1<sup>er</sup> jours aux benzodiazépines.

➤ **BACLOFENE** : 500 à 1000 ug / j en injections intra-rachidiennes discontinues ou continues par l'intermédiaire d'un cathéter.

La durée du traitement myorelaxant est de 2 à 3 semaines. Le sevrage des drogues doit être progressif sous surveillance médicale.

Dès la récupération d'une ventilation autonome, le sevrage de la ventilation artificielle sera lancé.

Le tétanos est une maladie de déclaration obligatoire.

1. **Le vaccin** : c'est l'anatoxine tétanique (obtenue après traitement de la tétanospasmine par la chaleur et le formol) elle perd l'activité toxique et conserve une activité immunisante.

La femme enceinte (non vaccinée ou mal vaccinée ou dont le statut vaccinal est inconnu) doit bénéficier de trois injections au moins.

2. **Le respect des règles d'asepsie** : lavage des mains, stérilisation du matériel chirurgical

2. **Le déroulement des accouchements** en mi lieu assisté, section du cordon ombilical avec du matériel stérile.

**IMMUNISATION EN CAS DE PLAIE OU DE BLESSURE :**

➤ **Mise à plat, nettoyage et désinfection de la plaie**

Hospitalisation + 2 voies d'abord + mise s/conditions

TRT Curatif

Spécifique

-**B Lactamine** : **Pénicilline M** : - (oxacilline En IV, Cloxacilline Per Os)  
- CIG, C2G

-**Macrolides** (Erythromycine) + Macrolides apparentés (Pristinamycine – Cutanée, Per os)

-**Fleuroquinolones**

-**Aminosides** (Gentamycine) Tjrs en association

## Staphyloco ccies

**-AntiStaph majeurs (Staph Méti-R) :** Fosfomycine, Rifampicine, Ac.Fucidique, Vancomycine . **\*Tjrs en**

### Bithérapie\*

#### Staphylococcie malignes de la face

##### À Staph Méti-S

##### Péni M (Oxacilline)

Adulte 8-12g/j

4 INJ (IV)

Pt (15) Jrs

Enfant 200 - 300mg/kg/j

4 INJ (IV)

Pt (15) Jrs

##### Gentamycine

Adulte 160mg/j

1 INJ En IM

Pt (10) Jrs

##### \*Surveillance de la diurèse\*

Enfant 3mg/kg/j

1 INJ En IM

Pt (10) Jrs

oxacilline est remplacé la 2<sup>ème</sup> smn per os par :

##### Spiromycine (macrolide)

100 mg/kg/j

2 prises pers os

Pt (2-4 Semaines)

##### À Staph Méti-R

##### Vancomycine

Adulte 2 g/j

x4 Perf

Pt (15) jrs

Enfant 40 mg/kg/j

x4 Perf

Pt (15) jrs

associé par **Gentamycine**

### Relais per os Spiromycine 15 jrs

Surveillance clinique et radiologique

#### TRT Symptomatique

- Le TRT de la porte d'entrée est **obligatoire**

- Si douleur : **antalgique**

- si miliaire : **CTC**

- Drainage des infections collectives

- Retrait où remplacement des matériels

- Ligature exégèse d'une veine siège d'une thrombose septique

#### TRT Préventif

- éviter les toxi-infections alimentaire

- Hygiène familiale

## Streptococci e

### Erysipèle

Hospitalisation si comorbidité.

Trt de la porte d'entrée

Examen complémentaires (hémoculture-prélevement au n porte d'entrée)

#### Curatif :

**Amoxicilline :** 4 g/j

3x/j

per os

pt (15à21) jrs

**Péni G :** 10 à 20 M UI /j

4 à 6 perfusion

En cas d'allergie :

**Erythromycine :** 2à3 g/j

pt (15à21) jrs

### Impétigo

Trt de la porte d'entrée

#### Curatif :

**Péni V** 50000 à 100000 UI /kg/jr

2x/j

per os

pt (10) jrs

**Erythromycine** 50mg/kg/jr

2x/j

per os

pt (10) jrs

-Couper les ongles (pour éviter auto-inoculation)- Anti septique locaux

### Angine Strepto

**Péni A :** 50mg /kg/j

2x/j

per os

pt (6) jrs

**Péni G :** 50000 à 10000 UI/kg/j

3x/j

per os

pt (6) jrs

**Extenciline** Enfant **600000 UI/kg/jr**

Adulte **1.6 UI/kg/j**

**6ans**

**en cas de mauvaise observance**

### Scarlatine

**mm Trt que l'angine strepto**



## Fièvre Typhoïde

TRT Curatif : Hospitalisation – isolement du malade – déclaration obligatoire

**Chloramphénicol** Adulte (2)g/j 2-3x/j per os ou IV Pt (21) Jrs

cp250 g FL 1g Enfant 50mg/kg/j 2-3 x/j per os ou IV Pt (21) Jrs

Effet 2 : agranulocytose – aplasie médullaire .....surveillance NFS

Administration progressive : J1 : ¼ J2 : ½ J3 : ¾ J4 : la dose totale

**Amoxicilline** Adulte (3-4)g/j 3-4 x/j per os Pt (21) Jrs

cp 250 500 1g Enfant (100)mg/kg/j 3-4 x/j per os Pt (21) Jrs

FI 500 1g +++ souvent : trt du porteur sain

Sol buv 250

Effet allergique – intolérance digestive

**C3G Ceftriaxone** Adulte (4)g/j En IV Pts 10 Jrs

Enfant (100)mg/kg/j En IV Pt 10 Jrs

**Fleuroquinolones ciprofloxacine** 400 mg 2x/j oral /os Pt (5-10) Jrs

CI : femme enc einte – enfant – 15 ans

**Cotrimoxazol** Adulte 4 cp (400-800)g/j Pt (21) Jrs

cp 400 800 mg Enfant 7,5mg/kg/j Pt (21) Jrs

**chez La femme enceinte (Péni A ou Ceftriaxone)**

**surveillance ....**

TRT Symptomatiques

Repos au lit, Correction des troubles hydro-électrolytique , Corticothérapie dans les formes toxiques ,

**Transfusion sanguine** , La **chirurgie** en cas d'hémorragie abondantes

En cas de perforation → **ATB a large spectre + Chirurgie**

Pseudo-Perforation → **Arrêt de l'apport orale** , **Sonde rectale** , **correction des trouble de l'hypokaliémie**

Collapsus → **Remplissage**, **Corticothérapie de courte durée**

Encéphalite → **Réanimation**, **Corticothérapie**

TRT Préventif

MDO

Mesures pour les malades

Matériels a usage uniques

Désinfection des salles

**Épidémies** : - Remarque le point de départ

- Dépiste les portées sains

- Coproculture répétée

**Générale** : Mesures de l'hygiène en collectives

**Vaccinations** : Gens partie en zone d'endémie

## POLIO

**Trt symptomatique :**

-hospitalisation – Antalgique pour les douleurs

-Nursing

-Testing musculaire : à partir 16 jr

-Chirurgie en cas de rétraction tendineuse

-Surveillance : courbe T FC FR

**Trt Préventif :**

-déclaration obligatoire

-lutter contre le péril fécal

-Vaccination : Orale en Algérie , inj en Europe (préférence orale)

CI : fièvre diarrhée

- Calendrier vaccinal : 1ère à la naissance .3 4 5 mois

-Reppel :18 mois . 5ans . 11-13 ans – 16-18 ans

## Rickettsioses

**TRT Curatif**

**Cycline**

**Oxytetracycline** Adulte 2-3 g/j 2-3 x/j per os pt(10)jrs

Cp 250 mg Enfant 2-3 g/j 2-3 x/j per os pt(10)jrs

<b>FBM</b>	<p><b>Doxycycline</b> 2cp I seule prise . Pt (10 ) Jrs cp 100 mg</p> <p><b>Phenicolés</b></p> <p><b>Choloramphy / thiamphynecol</b> Adulte 2-3 g/j 2-3 x/j per os pt(10)jrs Enfant 50mg/kg/j 2-3 x/j per os pt(10)jrs</p> <p><b>Macrolide :</b></p> <p><b>Spiramycine</b> Adulte 12 M UI/J (3x/j) Pt (8) Jrs Enfant 150000UI/Kg/j (3x/j) Pt (8) Jrs</p> <p><b>fluoroquinolone</b></p> <p><b>Ofloxacin / perfloxacin</b></p> <p><b>TRT Symptomatiques</b> Repos, Réhydratation, Antalgique, Hygiène.</p> <p><b>TRT Préventif</b> Maladie immunisante Éviter les chiens</p>
<b>Fièvre Q + Typhus</b>	<p><b>Forme aiguë</b> Même trt pdt 3 smn</p> <p><b>Forme Chronique</b> <b>doxycycline + Rifampicine ou quinolone 3ans bithérapie</b></p> <p>Même trt que FBM</p>
<b>Zona</b>	<p>❖ <b>Trt symptomatique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Éviter les surinfection par les anti-staph</li> <li>- Antalgique (paracetamol – codeine - carbamazepine)</li> <li>- Soins locaux , désinfection – douche quotidienne</li> </ul> <p>❖ <b>Zona ophtalmique :</b> consultation ophtalmo</p> <p>❖ <b>Trt anti-viral</b></p> <p><b>Si grave ou ID :</b> <b>Aciclovir :</b> 10 mg/kg/8h IV 8à 10 jrs</p> <p><b>Si zona ophtalmique/age+50 ans :</b> <b>valciclovir:</b> 1g 3/j orale 8à 10 Jrs</p> <p><b>Age + 50 ans :</b> <b>Fanciclovir :</b> 500 mg 3/j orale 7 jrs</p>
<b>Choléra</b>	<p><b>TRT : symptomatique</b></p> <p><b>Iére intention Réhydratation :</b> bilan chimique ===== degré de déshydratation</p> <p>❖ <b>Si déshydratation sévère (+ 10%) :</b> par voie IV : Solutés . qtité à perfuser : 10% de poids corporel Ringer lactate – SRH – 2VSSI(9%) – IVSBI (14%)</p> <p><b>Chez l'adulte</b> <b>chez l'enfant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1 litre :</b> 10 min - réhydratation +lente en 6 à 8 hrs</li> <li>- <b>2ème litre :</b> 20 min - 100 ml dans les 3h (30 ml en 30mn + 70 ml en 2.30)</li> <li>- <b>Le reste :</b> 2 à 3h avc débit - 100 ml en 5 hr avec débit adapté et réglé</li> <li>Adapté et réglé - rajouter <b>sérum glucosé</b> de 5%</li> <li><b>Q=</b> qtité à perfuser(ml) / nombre d'h*3</li> </ul> <p>❖ <b>Si déshydratation modérée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pas de vomissement :</b> donne SRO ===== 1 sachet (20gr glucose + 3.5 g NHCl + 1.5g KCl + 2.5 g HCO3-)</li> <li>Donner à l'adulte boire à volanter Enfant : 75 à 200 mg/kg/ 24 hr</li> <li>- <b>Si vomissement :</b> insister sur la voie orale : absorption d'une partie de SRO permet une réhydratation suffisante</li> <li>Vomissement cessent 2 à 3h ===== réévaluation à 4h</li> <li>Rechercher des signes de gravité ===== passage à la voie parentérale</li> </ul> <p><b>Placer le malade au lit cholérique</b></p> <p><b>Surveillance</b> de l' état hémodynamique</p> <p><b>Refaire</b> le bilan de la DSH au bout de 3h</p> <p><b>TRT ATB :</b></p> <p><b>Cycline</b></p> <p><b>Tetracycline</b> Adulte 2cp 4 x/j per os pt(3-5) jrs</p>



CP 250 mg	Enfant +8ans	25mg/kg/j	4 x/j	per os	pt (3-5) jrs
<b>Doxycycline</b>	Adulte	2 cp	1 x/j	per os	pt (3-5) jrs
Cp 1000 mg	Enfant	4mg/kg/j	1 x/j	per os	pt (3-5) jrs
<b>Menocycline</b> (n'est pas recommandé en Algérie)					
En cas CI	<b>Furazolidine</b>	Adulte 1cp	4 x/j	per os	pt (3-5) jrs
femme enceinte	Enfant	25mg/kg/j	4 x/j	per os	pt(3-5) jrs
Enfant – 8ans					

**TRT Préventif**

- **Déclaration obligatoire**
- **Hygiène individuel et collectif**
- **Isolement des malades**
- **Désinfection des locaux (Eau Javel) – lutte contre le péril fécal**
- **Vaccinations réserve aux personnelles médicale et en zone d'endémie**
- **Déclaration de la guérison (2 coprocultures (-) à 48H d'intervalles)**

**Chimioprophylaxie des sujets en contact**

<b>Sulfadoxine</b>	Adulte	3cp	1 x/j	per os/ inj
CP 500 mg	Enfant	25mg/kg/j	1 x/j	inj
Inj : 1.5 g				

**Vaccin****Oreillons****TRT Curatifs = Symptomatiques**

- Hospitalisation
- Isolement
- Antalgiques
- AINS
- Repos au lit
- Anti convulsive en cas des encephalites
- Réhydratation en cas de pancréatite
- Immobilisation de testicule par suspension (En cas d'Orchite)
- Surveillance clinique
- Éviction scolaire

**TRT Préventif**

- Isolement scolaire Pt au moins 15 Jrs
- Vaccinations (Vaccin vivant atténué + ROR) En une seule INJ *Sous cutanée* ou IM .  
(CI chez la femme enceinte et adulte IMD)

**Trt curatif :**❖ **Solution de réhydratation orale**

Par **voie IV** si : Forme grave – ID – vomissement – collapsus – trouble de la conscience

❖ **ATB :**

- **Amoxicilline** : 100 à 200 mg/kg/jr selon la sévérité
- **Cotrimoxazole** : Adulte : **Sulfaméthoxazole** 400mg+**triméthiopine** 800 mg **2cp \* 2/j**  
Ou **Sulfaméthoxazole** 400mg+**triméthiopine** 40mg **Sirop 2\*/j**  
Enfant : la posologie est : 30mg/kg/j **sulfaméthoxazole**
- **Chloramphenicolé** : 75mg/kg/j
- **Fluoroquinolone** : **Ofloxacin** : 200 mg 2\*/j  
**Ciprofloxacine** : 500 mg 2\*/j
- **Gentamycine** : 3mg / kg/jr **IM** pt (5-7)jrs

**La durée du trt**

- en cas gastroentérite aigu : **3-7 jrs** (voie orale +++)
- en cas septicémie : **4smn** (parentérale +++ )
- en cas de localisation secondaire : **au moins 6 smn** + trt spécifique de chaque localisation (immobilisation – drainage de l'abcès)

**Trt prophylactique :**

- **Déclaration obligatoire**
- **Isolement du malade**
- **Prévention individuelle : règles d'hygiene**
- **Prévention collective : contrôle de l'industrie alimentaire à tous les niveaux**

**Salmonell  
es  
mineurs**

## SIDA

**A/ TRT rétroviraux :** diminuer la morbidité (SIDA) – diminuer la mortalité – améliorer la qualité de vie

**Objectifs et avantages :** diminuer la réplication virale : CV indétectable - Maintien / Restauration immunité : CD4 Prévention IO - Prolongation survie / qualité de vie - Diminution risque transmission VIH

**Limites et inconvénients :** Non obtention éradication virale- Complexité / Observance Toxicité à court et moyen terme - Émergence mutants résistants

**Armes thérapeutiques :**

- **Inhibiteurs de la transcriptase inverse (INTI, INtTi, INNTi)**
  - **INTI:** Zidovudine AZT Retrovir ® / Didanosine ddi Videx ® / Lamivudine 3TC EpiVir ®
  - **INtTi :** Ténofovir (TDF) Viread ®
  - **INNTi :** Efavirenz (EFZ) Stocrin ® – Sustiva ® / Névirapine NVP Viramune ®
- **Inhibiteurs de la protéase virale (IP)**
  - Indinavir IDV Crixivan ® / Ritonavir RTV Norvir ®
- **Inhibiteurs de fusion (IF) :** Enfuvirtide T20 Fuzeon ®
- **Inhibiteurs de l'intégrase :** Raltégravir
- **Inhibiteurs du CCR5 :** Marivavroc

**Indication :**

-02 IN + 01 IP ou 02 IN + 01 INN

-Associations fixes après 6 mois ++

-Molécules séparées au début +++

**1. Patient VIH + symptomatique**

- Stade SIDA « CDC »
- Candidose oro-pharyngée récidivante
- Zona multi métamérique
- Amaigrissement > 10 kg
- Fièvre prolongée
- Diarrhées prolongées

**2. Patient VIH+ asymptomatique :**

**Taux de CD4 < 500 mm<sup>3</sup>**

à 2 examens pratiqués à au moins 1 mois d'intervalle

- Suivi thérapeutique
  - Mesure charge virale efficacité ARV
    - Quantification CD4
    - Restauration Immunité
    - Traitement éventuel IO
  - Examen clinique :
    - Observance et tolérance aux ARV
    - Signes immunodéficience

**/ prévention :**

- I- **transmission sexuelle :** Abstinence – fidélité – préservatif est le meilleur barrière –

**B/ Trt des infections opportunistes**

■ Si taux de lymphocytes CD4 < à 200 /mm<sup>3</sup> chez l'adulte et à 15% chez l'enfant :

- **Infections opportunistes visées :** Pneumocystose + Toxoplasmose.
- **Molécule recommandée :** Cotrimoxazole
  - Adulte (SMX 400mg – TMP 80 mg) 1 cp/j
  - Enfant 5mg/kg SMX + 25mg/kg TMP/j

■ Si taux de lymphocytes CD4 < 75 /mm<sup>3</sup>

- **Infection opportuniste visée :** infection à mycobactéries atypiques
- **Molécules recommandées :** Azythromycine ou Clarythromycine
- **Adulte :** **Azythromycine** 1g /semaine ou **Clarythromycine** 500mg x 2/j
- **Enfant :** **Azythromycine** 7,5mg/kg/j ou **Clarythromycine** 7 à 12mg/kg/j

**Pas de recommandations pour IO :**

BK – candida - cryptocoque – cytomégalovirus – herpès virus

■ **Pneumocystose**

- **Adulte :** **Cotrimoxazole** (400mg / 80 mg) 1 cp/j Enfant Smx 5mg/kg + Tmp 25mg/kg /j
- **Durée :** jusqu'à obtention taux de CD4 > 200/mm<sup>3</sup> ou > 15% pendant 03 mois

■ **Toxoplasmose**

- **Adulte :** **Pyriméthamine** 25mg/j + **Sulfadiazine** 2g/j+ Acide **folinique** 50mg/semaine –
- **Enfant :** **Pyriméthamine** 1mg/kg/j + **Clindamycine** 20 à 30mg/kg/j + Acide **folinique** 5mg/j / 03 j
- **Durée :** jusqu'à obtention taux de CD4 > 200/mm<sup>3</sup> ou > 15% pendant 03 mois

■ **Cryptococcose :**

- **Adulte :** **Fluconazole** 200mg/j
- **Durée :** jusqu'à obtention taux de CD4 > 200/mm<sup>3</sup> pendant 06 mois

■ **Infection à CMV (rétinite) :**

- **Ganciclovir** 5 à 6mg/kg/j (A et E) 5j/7
- **Durée :** jusqu'à obtention CD4 > 100/mm<sup>3</sup> pendant au moins 06 mois

■ **Infections à herpès virus simplex**

- **Aciclovir** 400mg X 2/j
- **Durée :** 6 à 12 mois

■ **Leishmaniose viscérale**

- **Amphotéricine B :** 1 ampoule (50mg) / semaine
- **Durée :** jusqu'à obtention taux de CD4 > 200/mm<sup>3</sup> pendant au moins 03 mois.

■ **Pneumocystose pulmonaire**

■ **Traitement curatif**

- **Cotrimoxazole** IV - 21 jours
- TMP 20mg/kg + SMX 100mg / kg/j (A)
- TMP 15mg/kg + SMX 75 / kg/j (E)
- **Prophylaxie primaire**
  - Si taux CD4 < 200

**2- transmission mère-enfant :**

Per partum : TRT

Accouchement : trt AVR - prise en charge obstétricale appropriée- Césarienne programmée

Post partum : allaitement artificiel – trt AVR

**3- transmission sanguine :** dépistage obligatoire des dons de sang et d'organe- réduction des indication de la transfusion- respect des règles d'hygiènes- prise en charge précoce et correcte en cas AES –proscription partage de seringue en cas UDI

- **Cotrimoxazole** faible 1cp/j (A)
- SMX 5mg/kg + TMP 25mg/j (E)
- **Prophylaxie secondaire**
- **Cotrimoxazole** faible 1cp/j (A)
- SMX 5mg/kg + TMP 25mg/j (E)
- Jusqu'à CD4>200 pendant 3 mois

**■ toxoplasmose cérébraleT****■ Traitement curatif**

- **Pyrimethamine + Sulfadiazin**
- Pyr. 100 mg/j + Sulf. 4-6g/j (A)
- Per os – durée 6 semaines
- Alternative : **Cotrimoxazole** ++

**■ Prophylaxie primaire**

- Si taux CD4 < 200
- **Cotrimoxazole** faible 1cp/j (A)
- SMX 5mg/kg + TMP 25mg/j (E)

**■ Prophylaxie secondaire**

- **Pyrimethamine + Sulfadiazine**
- 1/2 dose
- Jusqu'à CD4>200 pendant 3 mois

**Trt curatif :**

A/ ATB :

• **Macrolide :**

- **Erythromycine**: E 50mg/kg/ j 3à4 /j per os pt(15)  
A 2g/j 3à4 /j per os pt(15)

- **Spiromycine** : E 300000 UI /kg/j mm

A : 6 à 9 M UI/kg/jr 2 x/j mm

• **Bactrim** E: 25 mg/kg/j

A : 2cp 2 x/j cp 480 mg

• **Cycline , Josomycine**

**B/ CTC:** formes sévères du NRS – 3mois

**CAT :**

- ❖ Hospitalisation – isolement – déclaration obligatoire – courbe T
- ❖ Forme grave : Réanimation
- ❖ TRT des complication

**Trt prophylactique :**

- ❖ Isolement du malade
- ❖ TRT de l'entourage : tte la famille mm si elle est vaccinée : **Erythro pdt 5jrs**
- ❖ Sujets contact occasionnels traités qu'en cas : IR IC grossesse enfant non vaccinés
- ❖ Eviction scolaire : 30 jrs

**Vaccination :**

- ❖ **Vaccin anti coquelucheux** : vaccin à virus tués adsorbés seroconversion à 90%
- ❖ Nécessite 3 injections avc rappel 18 mois
- ❖ **Les inconvénients** du vaccin sont : fébricule –inflammation au point d'injection – irritabilité – convulsions fébriles – synd de cris incessant (signe neuro-CI à la poursuite vaccinale)-convulsion sans fièvre(CI à la poursuite vaccinale)
- ❖ **Nv vaccin** : **accélulaire**, séro-conversion de 80% chez : enfant aux ACDT neurologique – enfant ayant faits de mauvaises réaction à la vaccination

Coqueluche

<b>Rougeole</b>	<b>Symptomatique :</b> - déclaration obligatoire – repos au lit -Apport hydrique et calorique suffisant -Sédatif de la toux -antipyrétique -Hospitalisation à éviter ===== risque de surinfect - <b>Laryngite striduleuse</b> : humidification de l'air , O2 - <b>Laryngite tardive</b> : ATB + CTC - <b>Autre surinfect</b> : ATB anti staph+++	<b>Préventive :</b> - <b>Vaccination</b> : <b>Rouvax</b> : 0.5 ml SC ou IM Rep sero 95% - déconseillé avt 9 mois 1 <sup>er</sup> vaccin à 11 mois rappel à 6 ans <b>E secondaire</b> : fébricule –convulsion – rash <b>CI</b> : ID – gamma globulin émié dans les 6 smn précédentes –Allergie au prot de l'œufs - <b>prévention complète</b> : avant 5 jrs de contagé - <b>Forme atténué</b> : après le 6 jrs (protection disparaît en 3-6 semaines)
<b>Rubéole</b>	<b>Vaccination :</b> Rudivax , ROR (surtt chez la fille séro négative ) <b>CAT Chez la femme enceinte :</b>	
	<b>Devant une éruption suspecte de la Rubéole :</b> -Sérologie IgG → négative → femme non immunisée -2 <sup>ème</sup> sérologie après 15jrs négative → pas de Rubéole. Positive → primo-infection	<b>Devant notion de contagé :</b> - <b>Faire prélèvement &lt; 15jrs :</b> positive → femme immunisante (Imm Ancienne) négative - <b>2<sup>ème</sup> prélèvement après 15jrs :</b> Négative → non immunisante non infecté. Positive → primo-infection
<b>Varicelle</b>	<b>TrT :</b> <b>IC :</b> Trt symptomatique (Antiseptique couper les ongles à ras, antihistaminique, paracétamol – bain quotidien avec savon dermatologique ) Aspirine CI – AINS déconseillé <b>ID et femme enceinte n né :</b> +Désinfection + Acyclovir: 10 à 15 mg/kg/8H pdt 7-10 jrs en perfusion <b>F. compliqué :</b> - Trt local + acyclovir + TrT de la complication.	- Pas d'hospitalisation sauf ID enceinte n né compliqué. - Eviction scolaire jusqu'à guérison. -isolement - Déclaration Obligatoire de la maladie. - Surveillance clinique. - Eviter le contact avec les ID. - g globuline spécifique ID dans 96h suivant l'exposition - L'Aspirine : contre indiqué (maladie de Reye ). - vaccination n'est pas obligatoire.
<b>Méningo-Encéphalite Herpétique</b>  Femme enceinte  Herpes oculaire	<b>CAT :</b> -Hospitalisation -Isolement -Examens Complémentaires (IRM,PL,FNS)  Césarienne - Aciclovir / valaciclovir - Surveillance  Avis en ophtalmo – CTC = CI – Aciclovir en pommade	<b>TRT :</b> -Acyclovir : 10-20 mg/kg/8H IV(3INJ) pt 2à3 smn - Valium : 0.5 mg/kg/jr mais inf à 5g -et un TrT symptomatique . - <b>Si convulsion</b> : équilibre hydro-électrolytique + surveillance clinique et biologique
	<b>TDD:Adulte</b>	<b>Femme enceinte</b>
		<b>Enfant</b>

<b>Paludisme</b>	Accès Simple Non falciparum	<b>Chloquine:</b> Per os 3/j → J1 et J2 : 10 mg/kg/j → J3 : 5 mg/kg/j + <b>Primaquine</b> (Antirechutes) J1~J14 : 15 mg/kg/j <b>Alternative :</b> <b>Mefloquine</b> : 25 mg / kg en 3 prises ( 1 jour) 1 prise / 8 heures <b>Ou</b> <b>Quinine</b> : 8 mg / kg/8H pendant 7 J	<b>Chloquine:</b> Per os 3/j → J1 et J2 : 10 mg/kg/j → J3 : 5 mg/kg/j <b>Primaquine</b> est CI	<b>Chloquine:</b> Per os 3/j → J1 et J2 : 10 mg/kg/j → J3 : 5 mg/kg/j <b>Primaquine</b> >8ans J1~J12 : 15 mg/kg/j
	Accès Simple falciparum	<b>Mefloquine:</b> mm posologie <b>Si Vomissement</b> <b>Quinine</b> : IV 8 mg/kg/8H/7jrs <b>Ou</b> 25 mg/kg/j dilue ds 500 Cc SGI	<b>Quinine:</b> mm posologie	<b>Mefloquine:</b> H1: 10mg/kg H12 : 15mg/kg 12 Heurs d'intervalle
	Accès Grave (falciparum)	<b>Quinine:</b> IV Dose de charge : 16 mg/kg/4 H - Dose D'entretien : 8mg/kg/8Heures Ou 25 mg/kg/j dilue ds 500 Cc SGI Relais Per os dès que possible (72hrs) <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Mefloquine:</b>                3 cp , 8 heures après la fin de la dernière perfusion de quinine                2 cp , 8 heures après                1 cp, 8 heures après             </li> <li>Soit: <b>arthémeter – lumefantrine</b>                4 cp , 12 heures après la fin de la dernière perfusion de quinine                4 cp à H8- 4 cp à H24                4 cp à H36 -4 cp à H 48             </li> </ul> Alternative : <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Artesunate</b> injectable                J1: dose de charge: 2,4 mg / kg dans 60 cc de serum bicarbonaté en IV ou IM                puis 1,2 mg /kg à H12, H24             </li> <li>puis relais per os par: <b>Mefloquine</b>, ou <b>Artemeter-lumefantrine</b> comme précédemment  <b>Séjour en Asie du sud</b> est :  <b>Adulte et Enfant &gt; 8 ans :</b> </li> </ul>	idem  pas de dose de charge +++	idem  pas de dose de charge +++

Quinine + Doxycycline ( 100 mg / J pendant 7 jours  
**Femme enceinte et**  
**Enfant < 8 ans:**  
 Quinine + Clindamycine ( 10 mg /kg / J en perfusion pendant 7 jours

- **Z1** : Chloroquine : 1cp/jr Adulte femme enceinte et 1,5mg/kg/j Enfant en sirop en J1 de départ + pdt tte le séjour + 4 semaine après le retour
- **Z2** : Savarine : 1 cp / J : le jour du départ pendant le séjours 4 semaines après retour  
 ou **Malarone**: 1 cp / J: le jour du départ pendant le séjour 1 semaine après le retour
- Enfant: idem; psologies pediatriques;  
**Savarine** = chloroquine + proguanil 1,5 mg/kg/J + 3 mg / kg / j sirop  
 ou **Malarone** = Atovaquone + proguanilcp 62,5 / 25mg 1 cp / jour enfant > 11 ans
  - **Z3** : Adulte:  
**Mefloquine**: 1 cp / semaine 7 jours avant le départ pendant le séjour 3 semaines après le retour  
**Malarone**: 1 cp / J le jour du départ pendant le séjour 4 semaines après le retour
  - Femme enceinte:  
**Savarine**: chloroquine + proguanil cp 100 mg / 100 mg 1 cp / J + 2 cp / J
  - Enfant:  
**Mefloquine**: 5 mg / kg / semaine  
**Malarone**
  - Séjour au sud est Asiatique:  
**Doxycycline**: adulte / enfant > 8ans 100 mg / J.....50 mg / J  
 le jour du départ pendant le séjour 4 semaines après retour

#### Prophylaxie non médicamenteuse

- Ne pas sortir entre le coucher et le lever du soleil
- Porter des vêtements longs le soir, et si possible, imprégnés de répulsifs
- Mettre des répulsifs sur les parties découvertes
- Moustiquaires aux portes et fenêtres
- Dormir sous moustiquaire imprégnée d' insecticide

Par : **Islam Soualah**

*Bn courage .....*